



Sorkwity, dnia 20 marca 2020 r.

.....
Pieczęć GOPS w Sorkwicach

.....
Imię i nazwisko Uczestnika/czki projektu

**INFORMACJA
O UTRZYMANIU INSTYTUCJONALNEJ GOTOWOŚCI UTWORZONYCH W PROGRAMIE
MIEJSC ŚWIADCZENIA USŁUG WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ
DO ŚWIADCZENIA USŁUG SPOŁECZNYCH PO ZAKOŃCZENIU REALIZACJI PROJEKTU**

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W SORKWITACH JAKO REALIZATOR
PROJEKTU „AKADEMIA ZDROWEJ RODZINY” nr RPWM.11.02.03-28-0013/18
ZAPRASZA DO BEZPŁATNEGO KORZYSTANIA
Z USŁUG WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ**

Informujemy o możliwości skorzystania z bezpłatnych usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej w formie grupowych i indywidualnych konsultacji świadczonych przez specjalistów:

- 1/Asystent Rodziny
- 2/ Pedagog
- 3/ Psycholog
- 4/Ekonomista
- 5/Dietetyk
- 6/Specjalista wiedzy o zdrowiu człowieka
- 7/Instruktor rekreacji ruchowej
- 8/ Instruktor umiejętności manualnych
- 9/Specjalista kreacji wizerunku
- 10/ Specjalista wolontariatu
- 11/Animator czasu wolnego
- 12/Prawnik
- 13/ Grupa wsparcia

Osoby zainteresowane prosimy o zgłoszenie zapotrzebowania na skorzystanie z usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej do pracowników socjalnych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sorkwicach. Zgłoszenia pisemne będą przyjmowane w terminie od 1.04.2020 r. do 30.04.2020 r. w godzinach urzędowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej. Usługi wsparcia rodziny i pieczy zastępczej świadczone będą w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sorkwicach. Rodzaj i zakres wsparcia zgodny będzie ze zgłoszonymi potrzebami.

Załącznik:

formularz zgłoszenia zapotrzebowania na skorzystanie z usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej

OTRZYMAŁEM/AM DNIA.....

.....
PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJETU/RODZICA/LUB OPIEKUNA PRAWNEGO



**Formularz zgłoszenia
zapotrzebowania na skorzystanie z usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej**

Niniejszym zgłaszam zapotrzebowanie na skorzystanie z usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej w formie usługi społecznej – prosimy o wstawienie znaku „X” przy wybranym specjalście

Znak X	Nazwa usługi społecznej	Forma świadczenia usługi grupowa/indywidualna	Liczba osób w rodzinie objętych usługą społeczną	Liczba godzin
	Asystent Rodziny			
	Pedagog			
	Psycholog			
	Ekonomista			
	Dietetyk			
	Specjalista wiedzy o zdrowiu człowieka			
	Instruktor rekreacji ruchowej			
	Instruktor umiejętności manualnych			
	Specjalista kreacji wizerunku			
	Specjalista wolontariatu			
	Animador czasu wolnego			
	Prawnik			
	Grupa wsparcia			

.....
Data i podpis osoby zgłaszającej potrzebę